

à raison du nombre et de l'importance des vaisseaux, des nerfs et des organes qui peuvent être atteints. Un coup porté avec un instrument contondant sur la région cervicale postérieure peut causer la *commotion de la moelle épinière* ou du cerveau : dans ce cas, le blessé peut périr à l'instant même par suite de la paralysie des nerfs du diaphragme et des muscles inspirateurs; et, à plus forte raison, cet accident surviendra-t-il s'il y a fracture des vertèbres ou luxation de l'apophyse odontoïde. — Il peut arriver aussi qu'un instrument vulnérant, tel que la pointe d'une épée ou de tout autre instrument acéré, pénètre entre les vertèbres et donne la mort en divisant la moelle épinière.

Un coup dirigé sur la région cervicale antérieure, sans diviser les parties molles, peut causer immédiatement la suffocation, ou déterminer une angine violente, ou une maladie aiguë du larynx.

Le plus ordinairement, les *plaies* au cou sont faites avec un rasoir ou un couteau; elles sont presque toujours transversales, soit que la blessure ait été faite par une main homicide, soit qu'elle résulte d'un suicide. La lèvre inférieure de la plaie est attirée en bas par son poids et par la rétraction des faisceaux musculaires dont les attaches sont détruites; sa lèvre supérieure est, au contraire, attirée en haut par l'autre portion de ces muscles, et de là un écartement considérable entre les bords de la solution de continuité.

Lorsque la plaie transversale a son siège entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, elle pénètre facilement jusqu'au pharynx, en divisant la peau, le muscle peaucier, les sterno-thyro et omo-hyoïdiens, et l'épiglotte, que l'on aperçoit alors comme suspendue dans le fond à la partie supérieure de la solution de continuité. Dans ce cas, des hémorrhagies graves ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire; mais la déglutition est très-difficile, et les mucosités buccales, les boissons et les aliments s'écoulent par la blessure; l'air sort aussi par la plaie, et la parole n'a lieu qu'autant que l'on rapproche le menton du cou, afin de forcer l'air à passer par la bouche.

Si la plaie transversale intéresse le cartilage thyroïde au-dessus de la glotte, ce cartilage résiste à l'action de l'instrument, et rarement la blessure pénètre jusqu'à la cavité du pharynx. L'écartement des bords est moins considérable, la difficulté de la parole est à peu près la même, mais l'hémorrhagie est beaucoup plus à craindre; et il survient toujours une laryngite très-aiguë.

Si elle attaque le larynx au-dessous de la glotte, il en est de même que dans le cas précédent; mais il y a perte de la parole et de la voix, l'air sortant des voies aériennes avant d'avoir traversé la glotte.

Le pronostic des plaies du larynx est en général grave, pour peu qu'elles soient étendues, parce qu'elles sont souvent accompagnées d'hémorrhagie, parce qu'elles provoquent souvent l'inflammation de toutes les voies aériennes, parce que les parties cartilagineuses se réunissent plus difficilement que les parties molles; enfin parce que, dans toutes les plaies transversales du cou, le rebord de la peau se roule presque toujours en dedans, et met ainsi obstacle à la guérison.

Si l'instrument vulnérant a divisé la trachée-artère, presque toujours il a ouvert aussi les gros vaisseaux placés sur les côtés du cou. Si le conduit aérien a été seul divisé complètement, le bout inférieur se retire au dedans des parties, et l'air ne pouvant plus pénétrer dans la poitrine, le blessé périt suffoqué; si la blessure a compromis en même temps les artères voisines, le blessé meurt à la fois de suffocation et d'hémorrhagie. Cependant on a vu quelquefois l'instrument percer de part en part la trachée sans la diviser complètement, pénétrer même jusqu'à l'œsophage, et les gros vaisseaux rester intacts au milieu d'une

plaie si profonde; on a vu ces plaies effrayantes guérir comme des plaies simples, dans l'espace de quelques jours. Mais, si l'un de ces conduits a été complètement divisé, la blessure doit être considérée comme nécessairement mortelle, bien que l'on ait quelques exemples de guérison (1). La ligature de l'artère carotide primitive doit avoir moins de chances de succès après une lésion traumatique, qu'à la suite d'une maladie qui a ralenti progressivement la circulation *intra-crânienne*: cette question appelle de nouvelles recherches.

Si l'instrument vulnérant a ouvert la jugulaire externe, la compression arrête l'hémorrhagie; mais s'il a ouvert la jugulaire interne ou quelque tronc artériel, la mort est presque inévitable; car, ou le blessé périt avant qu'on ait pu le secourir, ou bien la ligature du vaisseau divisé ne fait le plus souvent que retarder de quelques instants ce funeste résultat. Cependant il n'est pas impossible que la ligature de l'artère carotide, et à plus forte raison celle de la jugulaire interne, soit pratiquée avec succès; et le chirurgien serait coupable de négliger cette seule chance de salut.

Une complication effrayante de l'ouverture des veines du cou, même de la veine jugulaire externe, c'est l'introduction de l'air dans le vaisseau béant: l'arrivée d'une bulle d'air dans les cavités du cœur amène une syncope mortelle. Cette complication de l'entrée de l'air dans les veines s'observe presque exclusivement dans les régions cervicale, sus-claviculaire et axillaire, que les chirurgiens désignent, dans les traités de médecine opératoire, sous le nom de *régions dangereuses*.

La section des principaux troncs nerveux, tels que le grand sympathique ou les nerfs de la deuxième paire, est également mortelle, attendu qu'elle prive de l'influence nerveuse des viscères essentiels à la vie. Celle du nerf récurrent détermine l'aphonie. D'autres nerfs, au contraire, moins considérables, peuvent être coupés impunément; mais leur division incomplète, leur simple piqûre, causent une vive inflammation dans toutes les parties où ils étendent leurs ramifications, et peuvent occasionner des douleurs intolérables, des convulsions et la mort.

III. BLESSURES A LA POITRINE. — Ces blessures sont, en général, très-graves: une chute, une contusion, une blessure légère en apparence, déterminent souvent une maladie aiguë ou chronique des plèvres ou des poumons, une affection organique du cœur ou du péricarde, et le médecin-légiste doit toujours prendre en considération la possibilité de ces accidents consécutifs.

Bornée aux parties molles externes, une *contusion* est peu dangereuse; néanmoins personne n'ignore que, chez les femmes, un coup sur la région antérieure de la poitrine est parfois la cause occasionnelle d'un cancer.

Si un instrument piquant ou tranchant a ouvert une des artères intercostales, il est facile de reconnaître cet accident, lorsque la plaie est large et directe. Mais lorsque la plaie est étroite, oblique ou sinueuse, le sang éprouve trop

(1) Il semble difficile qu'un individu qui veut mettre fin à ses jours ait assez d'assurance et de force pour diviser ainsi, avec l'instrument tranchant, toutes les parties molles de la région antérieure du cou; et presque toujours, à la vue d'une blessure aussi profonde, on est disposé à croire qu'il y a eu homicide plutôt que suicide. Cependant, Marc a consigné dans les *Annales de médecine légale* (t. IV) un cas de suicide, dans lequel l'instrument avait divisé tous les muscles: le larynx, l'œsophage; ouvert les deux veines jugulaires et les deux artères carotides, et effleuré même les ligaments vertébraux. M. Devergie a cité, dans ce même volume, un exemple analogue.

d'obstacle pour s'écouler au dehors, il s'épanche en totalité ou au moins en partie dans la poitrine, et détermine de la dyspnée et un ensemble de symptômes qui, le plus souvent, font reconnaître quelle est la blessure. Cependant il n'est pas rare de voir des blessés chez lesquels un épanchement réel ou une blessure d'un des viscères thoraciques ne se manifestent par aucun signe clair et évident; et d'autres chez lesquels des accidents plus ou moins nombreux simulent des lésions qui n'existent pas. Ces épanchements doivent être considérés comme de nécessité mortels, bien que les secours de l'art parviennent quelquefois à sauver les jours du blessé.

L'hémorrhagie déterminée par la blessure des artères axillaire ou sous-clavière est presque toujours funeste, avant même que l'on ait pu l'arrêter: la ligature qu'il est nécessaire de pratiquer laisse elle-même bien peu de chances de succès.

La luxation de l'extrémité sternale de la *clavicule* et celle de l'extrémité *acromiale* sont le plus souvent suivies de difformité et exigent presque toujours une abstention de travail de vingt-cinq à trente jours.

Les fractures de cet os sont consolidées vers le trentième jour; mais souvent les deux fragments de l'os chevauchent, l'un d'eux forme une saillie plus ou moins prononcée, et l'os est raccourci: de là une gêne plus ou moins grande dans les mouvements du bras.

Les fractures simples des *côtes* sont consolidées au bout d'un mois; mais il peut arriver que des esquilles déplacées et enfoncées déchirent la plèvre ou le poumon, et déterminent quelques-uns des accidents que nous avons indiqués ci-dessus. Les fractures des côtes supérieures sont aussi plus graves que celles des côtes inférieures; les fractures obliques avec déplacement sont plus graves que les transversales.

Le *sternum* se fracture transversalement, surtout à l'endroit de la réunion de la première pièce osseuse avec la seconde. Dix à vingt jours suffisent à la consolidation, si la fracture est simple et sans déplacement; mais presque toujours il reste un peu de difformité; le plus souvent aussi la même cause qui a produit la fracture a exercé son action sur les organes internes: de là la dilacération de quelques points du tissu pulmonaire ou la rupture de quelques vaisseaux; et lors même que le blessé n'éprouve pas d'accidents immédiats, il finit souvent par succomber à une lésion consécutive de ces organes.

Les fractures du corps de l'*omoplate*, celles de l'apophyse acromion et de l'angle inférieur, sont peu graves par elles-mêmes et guérissent assez promptement. Celles de l'apophyse coracoïde, et celles du col qui supporte la cavité glénoïde, sont au contraire très-graves, parce qu'elles sont constamment accompagnées de contusions profondes; d'écrasement des parties molles voisines, ou de lésions des organes thoraciques. Si le blessé ne succombe pas, une gêne plus ou moins considérable des mouvements de l'articulation, ou même l'atrophie et la paralysie du membre, peuvent être la suite de ces fractures.

Les fractures des apophyses épineuses des *vertèbres* seraient peu dangereuses s'il n'y avait point en même temps lésion de la moelle; mais le plus ordinairement, dans ces fractures comme dans celles du corps des vertèbres, il y a contusion ou commotion de l'organe médullaire, et par suite paralysie des extrémités inférieures et d'une partie des viscères abdominaux. Le médecin légiste ne doit point oublier que ces accidents consécutifs ne surviennent quelquefois que plusieurs mois après la blessure, et lorsqu'il n'en reste aucune trace apparente.

Le diagnostic des plaies pénétrantes de la poitrine présente quelquefois de

grandes difficultés, et néanmoins les chirurgiens modernes ont avec raison condamné les diverses manœuvres à l'aide desquelles on cherchait autrefois à constater la direction et la profondeur de ces plaies. Ces manœuvres ne pouvaient d'ailleurs, dans beaucoup de cas, donner que des résultats inexacts, puisqu'un mouvement du tronc suffit pour déranger le rapport des plans musculaires, changer par conséquent la direction de la plaie, oblitérer même tout à fait le trajet de l'instrument, et faire regarder comme non pénétrante une plaie qui a réellement pénétré. L'expert ne doit donc que très-rarement et avec une extrême circonspection s'aider d'un stylet pour explorer une plaie de la poitrine.

Les blessures pénétrantes de la poitrine peuvent être simples, c'est-à-dire sans lésion des organes essentiels qu'elle contient; mais le plus souvent l'instrument vulnérant a atteint les poumons ou le cœur, ou quelqu'un des gros vaisseaux (l'aorte, l'artère pulmonaire, les sous-clavières, les mammaires internes, les intercostales). — Dans le premier cas, on a à craindre une phlegmasie de la plèvre qui cède le plus souvent à un traitement convenable, ou quelquefois un emphysème qui est également curable. Ces blessures sont ordinairement très-dououreuses, à raison de la gêne de la respiration; quelquefois la douleur est déchirante et accompagnée de spasmes qui paraissent dus à la section incomplète de quelque nerf.

Lorsque le *poumon* a été atteint, s'il n'y a pas lésion de quelque vaisseau un peu important, et si l'épanchement du sang dans le parenchyme de l'organe n'est pas trop considérable, on peut encore sauver le blessé; mais si l'arme a pénétré plus profondément dans le tissu pulmonaire et ouvert un vaisseau artériel volumineux, il se fait une hémorrhagie dans la cavité de la plèvre et quelquefois en même temps par les bronches; il en résulte tantôt une dyspnée très-grande, de la matité, l'impossibilité du décubitus sur le côté opposé, et un ensemble de symptômes des plus dangereux, tantôt des vomissements de sang également funestes.

En général, les grandes blessures des poumons, à la partie supérieure ou à la face postérieure de la poitrine, peuvent être regardées comme de nécessité mortelles. Nous en dirons autant des *blessures du péricarde*, lors même que le cœur n'aurait pas été atteint. La mort résulte alors ou de l'inflammation qui se propage aux organes voisins, ou de l'épanchement qui se forme dans le sac membraneux. On doit porter le même pronostic dans tous les cas de *lésions des cavités du cœur*, de l'aorte, des vaisseaux pulmonaires, de la veine cave, de la veine azygos, du canal thoracique; et l'on chercherait en vain à étayer une opinion contraire de quelques exemples de guérison, bien avérés il est vrai, mais extraordinairement rares. Toutefois on a vu des individus survivre plusieurs heures, plusieurs jours même, à des blessures graves du ventricule gauche. On cite (*Ann. de méd. lég.*, t. XLI, p. 149) un individu qui ne succomba qu'au bout de six jours à un coup de couteau qui avait traversé ce ventricule. Un homme se frappe de quatre coups de poignard, dont deux pénétrèrent dans le ventricule gauche, et la mort n'arrivant point assez vite, il se précipite dans l'eau.

Lorsque le cœur ou les gros vaisseaux ont été atteints par un instrument vulnérant qui est resté dans la plaie, le chirurgien doit, avant de l'en retirer, se hâter de recueillir de la bouche du blessé les renseignements dont on peut avoir besoin, car son extraction est ordinairement suivie d'une hémorrhagie abondante et de l'agonie du blessé. On a cependant des exemples de plaies pénétrantes de cet organe auxquelles le blessé n'a pas succombé immédiatement. Une femme reçoit, le 11 juillet 1813, un coup de couteau au côté interne du sein gauche, à 0^m,06 du sternum, entre les quatrième et cinquième côtes; une

hémorrhagie a lieu, le pouls est faible et interrompu, la respiration gênée; il y a sueur froide, syncope imminente, mais non complète. La malade sort de l'hôpital le 26 août; le 6 septembre, en se levant le matin, elle tombe et meurt. A l'autopsie on trouve le péricarde cicatrisé, à sa gauche adhère un kyste distendu par du sang; une ouverture conique, qui traversait la pointe du cœur et communiquait avec le ventricule gauche, avait été bouchée momentanément par un caillot, qui avait ainsi prolongé la vie de la malade. La formation si rapide de ce caillot était d'autant plus surprenante, qu'il n'y avait pas eu syncope complète, que la circulation avait continué, aussi chercha-t-on à établir que cette ouverture n'était pas l'effet de la pénétration du couteau, mais une rupture spontanée.

IV. BLESSURES A L'ABDOMEN. — Les contusions des parois abdominales ne sont simples qu'autant que le corps contondant a agi très-obliquement: quelques jours suffisent alors pour dissiper tous les accidents. Mais si le corps contondant a agi perpendiculairement et avec force, il peut en résulter une commotion ou un déchirement des viscères, suivi d'un épanchement intérieur; ou bien, les parois abdominales perdant leur contractilité, il se fait une hernie dans l'endroit contus. Le médecin-légiste s'exposerait à de graves erreurs s'il établissait trop précipitamment son diagnostic d'après l'état apparent de la blessure; car il peut arriver que la contusion paraisse très-légère, que les parois abdominales soient presque intactes et que cependant quelque organe intérieur ait été lésé. C'est ainsi que l'on voit des individus succomber au bout de quelques jours aux accidents d'une péritonite, à la suite de violents coups de pied ou de poing qui avaient à peine laissé quelques traces extérieures; et l'on trouve à l'autopsie un épanchement plus ou moins abondant d'un liquide puriforme dans la cavité péritonéale. Souvent aussi l'ébranlement imprimé à tout le système nerveux abdominal détermine un trouble des fonctions ou une paralysie d'un des organes abdominaux: ainsi un coup sur la région hypogastrique cause une paralysie de la vessie; porté sur la région du foie, il détermine une hépatite, un ictère traumatique, etc. Souvent encore un coup sur cette région, ou la commotion résultant d'une chute, détermine, dans ce dernier organe, des ruptures, des déchirures mortelles, sans que les parois abdominales présentent la moindre lésion. La rate et le muscle diaphragme sont souvent aussi le siège de semblables accidents.

L'affaire Billoir, jugée en 1877 devant la Cour d'assises de la Seine, a soulevé plusieurs questions relatives aux plaies de l'abdomen. Billoir, comme on sait, avait découpé en morceaux sa maîtresse, la femme Lemanach, et l'avait jetée dans la Seine. Il prétendait lui avoir, dans un moment de colère, donné dans le bas-ventre un coup de pied, lequel aurait causé immédiatement la mort. Le docteur Georges Bergeron, interrogé sur le fait de savoir si un coup de pied dans le bas-ventre pouvait causer une *mort subite*, répondit négativement. Il rappela les cas de mort subite à la suite de coups portés au niveau de l'estomac, mais nia qu'un coup dans le bas-ventre pût avoir cet effet. Il se fondait, en outre, sur l'absence de contusion de la paroi abdominale pour rejeter l'existence de ce coup de pied.

Il n'est pas possible d'affirmer d'une manière absolue qu'un coup violent porté à l'hypogastre ne puisse déterminer une mort immédiate, mais il est juste de dire que le fait ne paraît pas, jusqu'ici, avoir été établi par des exemples authentiques. On a cité des cas de *mort rapide* après des contusions de l'abdomen qui avaient déchiré un des viscères de cette cavité et causé une hémorrhagie interne

abondante; mais, dans ces cas, il n'y a pas eu la sidération nerveuse qui suit quelquefois les contusions de la région épigastrique.

Ce qui est établi d'une manière beaucoup plus positive, c'est l'existence des contusions de l'abdomen ne se révélant par aucune ecchymose de la paroi. Le docteur d'Olier a cité dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (t. XLVIII, 1877, p. 125) plusieurs faits de ce genre. Le docteur M. Laugier (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XLIX, 1878) a rapporté des faits analogues. Il demeure donc acquis que les contusions de l'abdomen peuvent, alors même qu'elles déterminent des lésions mortelles des viscères, ne s'accompagner d'aucune ecchymose extérieure ni d'aucune infiltration de sang dans l'épaisseur des parois.

Les plaies non pénétrantes de l'abdomen rentrent dans la classe des plaies simples ordinaires, si ce n'est qu'il reste après la guérison une tendance à la formation d'une hernie.

Les plaies pénétrantes les plus simples, sans lésion des viscères ni des gros vaisseaux, n'en sont pas moins des blessures graves à cause de la péritonite qui en est fréquemment la suite. Pour peu que la plaie ait d'étendue, des portions d'intestins ou d'épiploon peuvent s'y engager et produire des hernies d'autant plus considérables que la blessure est plus large et située dans une région plus déclive; de là la possibilité de l'étranglement d'une anse intestinale entre les bords de la plaie, si la réduction n'a pas lieu convenablement; de là souvent la nécessité de faire désormais usage de bandages contentifs. — Souvent aussi, en pénétrant dans l'abdomen, l'instrument peut léser des vaisseaux artériels ou veineux, et le sang épanché dans la cavité péritonéale détermine les symptômes inflammatoires les plus graves.

A plus forte raison, les plaies pénétrantes présentent-elles les plus grands dangers quand l'instrument vulnérant a blessé quelque organe interne.

Les blessures de la veine cave, de l'aorte et des troncs artériels auxquels elle donne naissance, causent des hémorrhagies presque immédiatement suivies de mort; celles des centres nerveux qui distribuent la vie aux viscères abdominaux les frappent d'une paralysie mortelle. L'épanchement, dans le péritoine, de la bile, de l'urine ou des excréments, est suivi d'une inflammation toujours funeste.

C'est particulièrement à l'occasion des *blessures de l'estomac*, comme l'indique Marc, que le jugement du médecin-légiste ne peut être établi que sur les circonstances individuelles. La blessure est d'autant plus grave qu'elle est voisine du cardia ou du pylore, que l'estomac était plein et distendu au moment de l'accident, ou que la commotion a été plus violente. Le volume de l'estomac est tellement variable, non-seulement à raison de son état de plénitude ou de vacuité plus ou moins complète, mais encore à raison d'une foule de dispositions individuelles, qu'il est souvent difficile de déterminer les limites de la région qu'il occupe. Quand il est plein, il peut être intéressé dans des plaies situées au-dessous de l'ombilic; en le supposant complètement vide, il est douteux qu'il ne soit pas blessé quand l'instrument a pénétré au milieu de l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, et il est à peu près certain qu'il l'est quand la blessure est située plus haut. En général, l'estomac ne peut être atteint par un instrument vulnérant sans que le blessé soit en très-grand danger. « Sur vingt coups d'épée, de baïonnette ou de couteau, avec lésion de l'estomac, je n'ai vu, dit Percy, que quatre ou cinq blessés en réchapper. » Mais la mort n'est point instantanée: un individu qui eut, dans un duel, l'estomac traversé d'outre en outre par un coup de sabre, fit encore près d'une demilieu soutenu par ses deux témoins (*Ann. de méd. lég.*, t. XLI, p. 155).

Le danger des *plaies des intestins* résulte surtout de l'épanchement des matières dans l'abdomen; et ce danger est d'autant plus grand que la blessure est située plus près du commencement du canal intestinal, ou qu'elle intéresse des intestins maintenus dans une situation fixe, parce qu'il n'y a pas alors possibilité de tirer au dehors les bords de la division pour leur faire contracter adhérence avec la plaie extérieure.

La face externe du *foie*, dans l'état normal, n'est guère accessible à un instrument vulnérant qu'à travers les espaces intercostaux inférieurs et le diaphragme; et sa face concave peut être atteinte par un instrument vulnérant, qui, plongé dans la région épigastrique, serait dirigé de gauche à droite et de bas en haut. Les blessures profondes de cet organe sont mortelles, surtout si la vésicule du fiel a été atteinte, ou si les conduits hépatique ou cholédoque ont été ouverts. — Nous venons de dire que des violences extérieures ou une forte commotion peuvent déterminer dans cet organe des ruptures mortelles, sans qu'il y ait sur les téguments abdominaux la moindre apparence de lésion. L'étude des lésions traumatiques du foie a été bien présentée par le docteur Terrillon dans sa thèse d'agrégation (*Des lésions traum. du foie*, Paris, 1875).

Les blessures de la *rate* sont toujours très-dangereuses, à raison des épanchements considérables qui peuvent en résulter. Très-souvent, la contusion et la déchirure du rein *gauche* coïncident avec celles de la rate. Les relations de voisinage de ces deux organes expliquent suffisamment ce fait.

Les blessures des *uretères* sont graves autant par l'épanchement urineux qui en est la conséquence, que par la lésion des organes voisins dont leur blessure ne s'isole jamais; les blessures des *reins* sont le plus souvent mortelles si elles intéressent la partie antérieure de ces organes, les entonnoirs, les bassinets ou quelque vaisseau important. Mais s'ils n'ont été blessés qu'à leur partie postérieure, ce qui suppose que l'instrument a pénétré par la partie postérieure du tronc, un peu au-dessus du rebord de la dernière côte, le danger est bien moins grand.

V. BLESSURES DES ORGANES CONTENUS DANS LE BASSIN ET DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION. — La rupture de la vessie est la plus grave des complications des fractures du bassin. En dehors de cet accident, la *vessie* peut être blessée, même dans son état de vacuité, par un instrument qui, pénétrant au-dessus du pubis, serait dirigé de bas en haut et d'avant en arrière; elle pourrait aussi l'être par un instrument plongé à travers le périnée, et dirigé de bas en haut et d'arrière en avant; mais le plus souvent c'est lorsqu'elle est plus ou moins distendue par l'urine qu'elle est exposée à être atteinte par les instruments vulnérants plongés d'avant en arrière dans la cavité abdominale; souvent même l'instrument peut alors pénétrer dans la vessie sans que le péritoine soit ouvert. Le principal danger de la blessure résulte, dans ce cas, de l'épanchement de l'urine dans la cavité pelvienne, ou de son infiltration dans les organes musculaires. C'est aussi pendant la plénitude de cet organe que sa rupture peut être déterminée par un coup ou une chute sur les régions pelvienne ou périnéale, et qu'il en résulte également un épanchement presque toujours mortel. Le même danger se présente dans les blessures des reins et des uretères.

Les contusions et les blessures des parties molles qui revêtent extérieurement le bassin sont en général peu dangereuses et d'une guérison facile. — Si le coup a été assez violent pour fracturer les os coxaux ou le sacrum, le danger dépend moins de la fracture elle-même que de l'écrasement des parties molles, de la commotion des organes pelviens et de la rupture des vaisseaux plus ou moins considérables, complication qui entraîne ordinairement la perte du blessé. Il y

a presque toujours paralysie des membres inférieurs. — S'il n'y avait qu'une fracture simple de l'un de ces os, on en obtiendrait la consolidation en un mois ou cinq semaines.

La fracture du *coccyx*, par une chute ou un coup, rend la marche difficile et douloureuse, et peut être suivie de nécrose ou de carie de cet os.

1° *Blessures des organes génitaux chez l'homme*. — La section du cordon spermatique détermine le plus ordinairement une hémorrhagie que l'art n'a pas le moyen d'arrêter; elle ne peut d'ailleurs avoir lieu sans qu'il y ait en même temps quelque autre lésion également funeste, telle que la rétraction des éléments du cordon dans la cavité abdominale.

Les contusions du scrotum et les blessures faites sur cette partie par un instrument piquant sont souvent suivies d'une *infiltration* ou d'un *épanchement* de sang dans la tunique vaginale, et le danger est alors proportionné à la quantité du sang épanché et aux diverses complications. Les blessures faites par des instruments tranchants, toujours extrêmement graves, ne sont cependant pas de nécessité mortelles, si les vaisseaux ouverts ne l'ont pas été trop près du bas-ventre. — Les lésions des vésicules séminales ne compromettent point la vie, mais il peut en résulter l'oblitération des canaux excréteurs et une impuissance absolue.

Une blessure du pénis par un instrument tranchant se cicatrise en peu de jours par réunion immédiate, si elle est bornée aux téguments. Lorsqu'un des corps caverneux a été profondément entamé, la réunion immédiate est encore praticable; mais il reste souvent une infirmité plus ou moins grave, car l'érection étant incomplète du côté blessé, le pénis se recourbe alors en arc de ce côté.

L'amputation complète du pénis n'est une cause absolue d'impuissance que lorsque cet organe a été coupé très-près du scrotum (page 172); mais beaucoup de blessés succombent à l'hémorrhagie ou aux accidents consécutifs de la blessure, et la plupart de ceux qui guérissent tombent dans une mélancolie qui abrège leur existence.

Les contusions violentes des testicules peuvent déterminer à l'instant même des accidents nerveux très-intenses, et elles sont suivies de l'inflammation ou même d'une induration squirrheuse qui rend nécessaire l'ablation de ces organes ou de celui des deux qui présente cet état pathologique. En supposant que cette opération ne soit faite que sur l'un des testicules, non-seulement elle diminue l'aptitude aux fonctions génératrices, mais c'est une opération grave qui souvent compromet la vie.

L'ablation des testicules, la *castration*, a longtemps été pratiquée méthodiquement sur de jeunes sujets pour conserver à leur voix un timbre particulier; quelquefois aussi, par vengeance ou par jalousie, des amants infidèles ont été privés de ces principaux attributs de la virilité: dans le premier cas, comme dans le second, la castration est toujours un crime, auquel le Code pénal de 1791 n'appliquait qu'une seule peine, la peine de mort. Aux termes du Code pénal actuel :

Toute personne coupable du crime de castration subira la peine des travaux forcés à perpétuité. — Si la mort en est résultée avant l'expiration des quarante jours qui auront suivi le crime, le coupable subira la peine de mort (Code pén., art. 316).

Le crime de castration, s'il a été immédiatement provoqué par un outrage violent à la pudeur, sera considéré comme meurtre ou blessures excusables (art. 325).

Les Romains appelaient *spadones* ceux à qui l'on avait fait cette opération, *castrati* les impuissants par vice de conformation. *Castrare* dériverait, dit-on,